

به نام خداوند جان آفرین

بهداشت مادر، کودک و باروری

مدرس: نسیم بهرامی

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

اهداف جلسه

در پایان دانشجو بتواند:

- انواع مطالعات اپیدمیولوژیک را توضیح بدهد.
- نحوه محاسبه نسبت شانس و خطر نسبی را شرح دهد.
- شیوع و بروز را مقایسه نماید.
- سلامت و بیماری را افتراق دهد.
- سطوح پیشگیری با ذکر مثال را بیان نماید
- اجزای مراقبتهای اولیه را بیان کند.
- نظام ارائه سلامت در ایران را شرح دهد.
- اهداف، خدمات و رسالت واحد سلامت خانواده و جمعیت را توضیح دهد.
- بهداشت باروری و اجزای آن را شرح دهد.
- اهداف توسعه هزاره را بیان نموده و اهداف مرتبط با سلامت مادر و کودک را تحلیل نماید.
- اجزای شاخص توسعه انسانی را نام ببرد.

انواع مطالعات اپیدمیولوژیک

- اپیدمیولوژی: علم بررسی علل انتشار بیماریها، چگونگی توزیع و گسترش آنها با هدف پیشگیری از بروز و گسترش بیماریها
- انواع مطالعات اپیدمیولوژیک
 - مطالعات توصیفی - مقطعی
 - مطالعات تحلیلی: مطالعات مورد شاهدهی و مطالعات کوهورت
 - مطالعات تجربی و کارآزمایی بالینی

مطالعات توصیفی مقطعی (Cross Sectional Studies)

- مطالعات شیوع
- تعیین میزان مواجهه با بیماری و پیامد بیماری در یک بازه زمانی
- ارائه اطلاعات مفید برای ارزشیابی نیازهای مراقبتی بهداشتی در جامعه
- اولین قدم در بررسی اپیدمی ها با علت نامشخص
- عدم توانایی اثبات روابط علیتی

مطالعات تحلیلی (Analytical Studies)

- مطالعات مورد شاهدهی (Case- Control)
- مطالعات گذشته نگر (Retrospective)
- انتخاب گروهی از افراد بیمار (گروه مورد) و گروهی از افراد سالم (گروه کنترل)
- بررسی رابطه میان مواجهه و بیماری و محاسبه نسبت شانس
- جهت مطالعه از بیماری به سوی علت بیماری
- مطالعات ساده و ارزان
- مفید برای بررسی علل و عوامل بیماریها بویژه بیماریهای نادر
- کم هزینه و کمتر وقت گیر
- خطای شایع: خطای مربوط به یادآوری و جمع آوری اطلاعات

نسبت شانس (Odds Ratio)

- بروز بیماری در مواجهه یافته ها به شانس در مواجهه نیافته ها
- الف: تعداد جمعیت مواجهه یافته و بیمار شده
- ب: تعداد جمعیت مواجهه یافته و بیمار نشده
- ج: تعداد جمعیت مواجهه نیافته و بیمار شده
- د: تعداد جمعیت مواجهه نیافته و بیمار نشده
- نسبت شانس عبارت است از حاصل ضرب «الف» در «د» تقسیم بر حاصل ضرب «ب» در «ج»

	بیمار	سالم	
مواجهه یافته	الف (a)	ب (b)	الف + ب (a + b)
مواجهه نیافته	ج (c)	د (d)	ج + د (c + d)
	الف + ج (a + c)	ب + د (b + d)	

مطالعات تحلیلی

- مطالعات هم گروهی (Cohort Studies)
- مطالعات پیگیری یا بروز
- افراد مشارکت کننده در مطالعه افراد قبل از ظهور بیماری هستند که از نظر فراوانی عوامل خطر و پیامدها بررسی میشوند
- بهترین مطالعات برای بررسی سنجش عوامل خطر ایجاد بیماری
- خطر نسبی از این مطالعات به دست می آید
- خطر نسبی بیش از یک نشان دهنده تأثیر عامل مواجهه بر بروز بیماری
- پیامدهای مرتبط با مواجهه را به طور همزمان بررسی می کند
- هزینه بر، زمان بر و درگیر بودن تعداد زیادی از افراد تحت مطالعه

خطر نسبی (Relative Risk)

- شاخصی برای مقایسه دو گروه از نظر یک پیشامد
- قابل محاسبه در مطالعات آینده نگر
- تقسیم میزان بروز بیماری در گروه مواجهه یافته با عامل خطر بر بروز در گروه مواجهه نیافته
- شاخصی برای نشان دادن استحکام رابطه علیتی
- خطر نسبی: میزان بروز در افراد مواجهه یافته تقسیم بر بروز در افراد مواجهه نیافته
- خطر نسبی برابر با یک: یکسان بودن میزان بروز در گروه مواجهه یافته و مواجهه نیافته
- خطر نسبی بیش از یک: افزایش احتمال بروز بیماری در مواجهه با آن عامل در مقایسه با عدم مواجهه
- خطر نسبی کمتر از یک: اثر محافظتی مواجهه با آن عامل در بروز بیماری

	سالم	بیمار	بیماری
			مواجهه
الف + ب (a+ b)	ب (b)	الف (a)	مواجهه یافته
ج + د (c+d)	د (d)	ج (c)	مواجهه نیافته
	ب + د (b+d)	الف + ج (a+c)	

خطر منتسب (Attributable Risk)

تفاضل میزان بروز بیماری در گروه مواجهه یافته از میزان بروز پیامد در گروه مواجهه نیافته
خطر منتسب جمعیت: نسبتی است که اگر مواجهه از بین برود میزان بروز در کل جمعیت کاهش می یابد.

بیماری	بیمار	سالم	مواجهه
مواجهه یافته	الف (a)	ب (b)	الف + ب (a + b)
مواجهه نیافته	ج (c)	د (d)	ج + د (c + d)
	الف + ج (a + c)	ب + د (b + d)	

مطالعات تجربی و کارآزمایی بالینی (Experimental Studies)

- مقایسه نتایج یک مداخله در گروه تجربه یا آزمون با نتایج گروهی که مداخله را دریافت نکرده اند (گروه کنترل)
- فاکتورهای اصلی در مطالعات تجربی: مداخله، وجود گروه شاهد، انتخاب تصادفی
- کارآزمایی بالینی: نوعی از مطالعات تجربی بر روی جمعیت انسانی

انواع مطالعات تجربی و کارآزمایی بالینی (Experimental Studies)

- کارآزمایی بالنی موازی: ورود همزمان نمونه ها به دو گروه کنترل و آزمون
- کارآزمایی متقاطع: انجام مداخله مورد نظر در هر دو گروه پس از دوره Washed Out
- کارآزمایی متوالی: مشابه طراحی موازی است اما نمونه گیری تا زمان مشخص شدن سودمندی مداخلات ادامه می یابد
- طرح فاکتوریل: ترکیبی از چندین مداخله مورد بررسی قرار می گیرد

انواع Blinding یا کور بودن در مطالعات تجربی

- کارآزمایی بالینی باز یا Open Trial
- کارآزمایی بالینی یک سو کور یا Single Blind
- کارآزمایی بالینی دو سو کور یا Double Blind
- کارآزمایی بالینی سه سو کور یا Triple Blind

میزان شیوع (Prevalence)

- کلیه افراد مبتلا به بیماری در یک دوره زمانی مشخص
- تحت تأثیر: شدت بیماری؛ دوره بیماری؛ تعداد موارد جدید بیماری
- محاسبه شیوع مناسب برای ارزیابی نیاز به مراقبتهای بهداشتی و برنامه ریزی خدمات بهداشتی مفید است
- میزان شیوع مناسب برای بررسی علت بیماریها نیست
- شیوع لحظه ای: موارد موجود بیماری در یک زمان مشخص تقسیم بر کل جمعیت در معرض خطر بیماری در آن زمان مشخص
- شیوع دوره ای: تعداد موارد موجود در یک دوره زمانی مشخص تقسیم بر کل جمعیت در معرض بیماری در وسط همان دوره

میزان بروز (Incidence)

- موارد جدید بیماری در یک دوره زمانی مشخص
- بروز باید همواره دارای بعد زمانی باشد
- رابطه بروز و شیوع میتواند متفاوت باشد مثل سرماخوردگی و دیابت
- میزان بروز: تعداد موارد جدید تجمعی بیماری در یک دوره زمانی مشخص تقسیم بر کل جمعیت در معرض خطر در وسط همان دوره زمانی
- شیوع: حاصل ضرب بروز در طول مدت بیماری است
- جمعیت در معرض خطر: گروهی که مستعد ابتلا به بیماری هستند

میزانهای ابتلاء (Morbidity Rates):

الف: میزان بروز (Incidence Rate)

$$\text{میزان بروز} = \frac{\text{تعداد موارد جدید یک بیماری در مدت معین}}{\text{متوسط جمعیت در معرض آن بیماری در همان زمان}} \times 10^n$$

➤ میزان شیوع (Prevalence Rate)

➤ شامل میزان شیوع لحظه ای و میزان شیوع دوره ای است که معمولاً میزان شیوع لحظه ای بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

$$\text{میزان شیوع لحظه ای} = \frac{\text{تعداد موارد موجود یک بیماری در یک مقطع زمانی}}{\text{تعداد کل جمعیت در همان مقطع زمانی}} \times 10^n$$

میزان بروز + میزان شیوع لحظه ای = میزان شیوع دوره ای Period P.R

انواع بروز

■ اسپورادیک

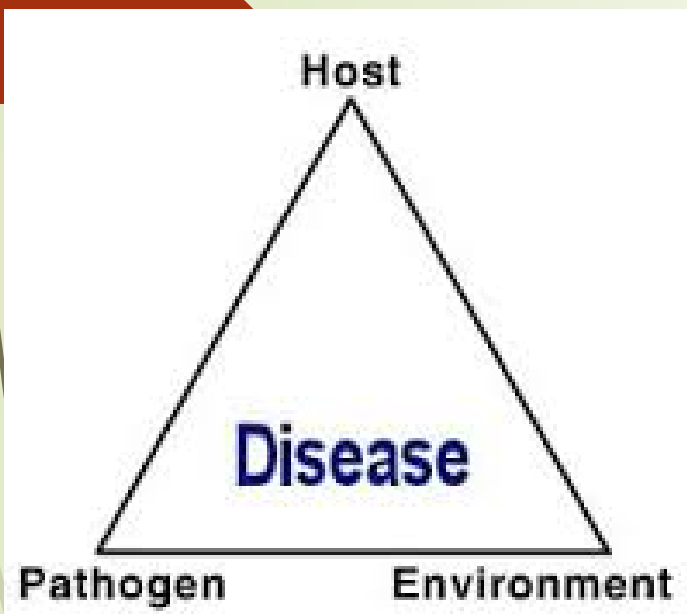
■ آندمیک

■ اپیدمیک

■ پاندمیک

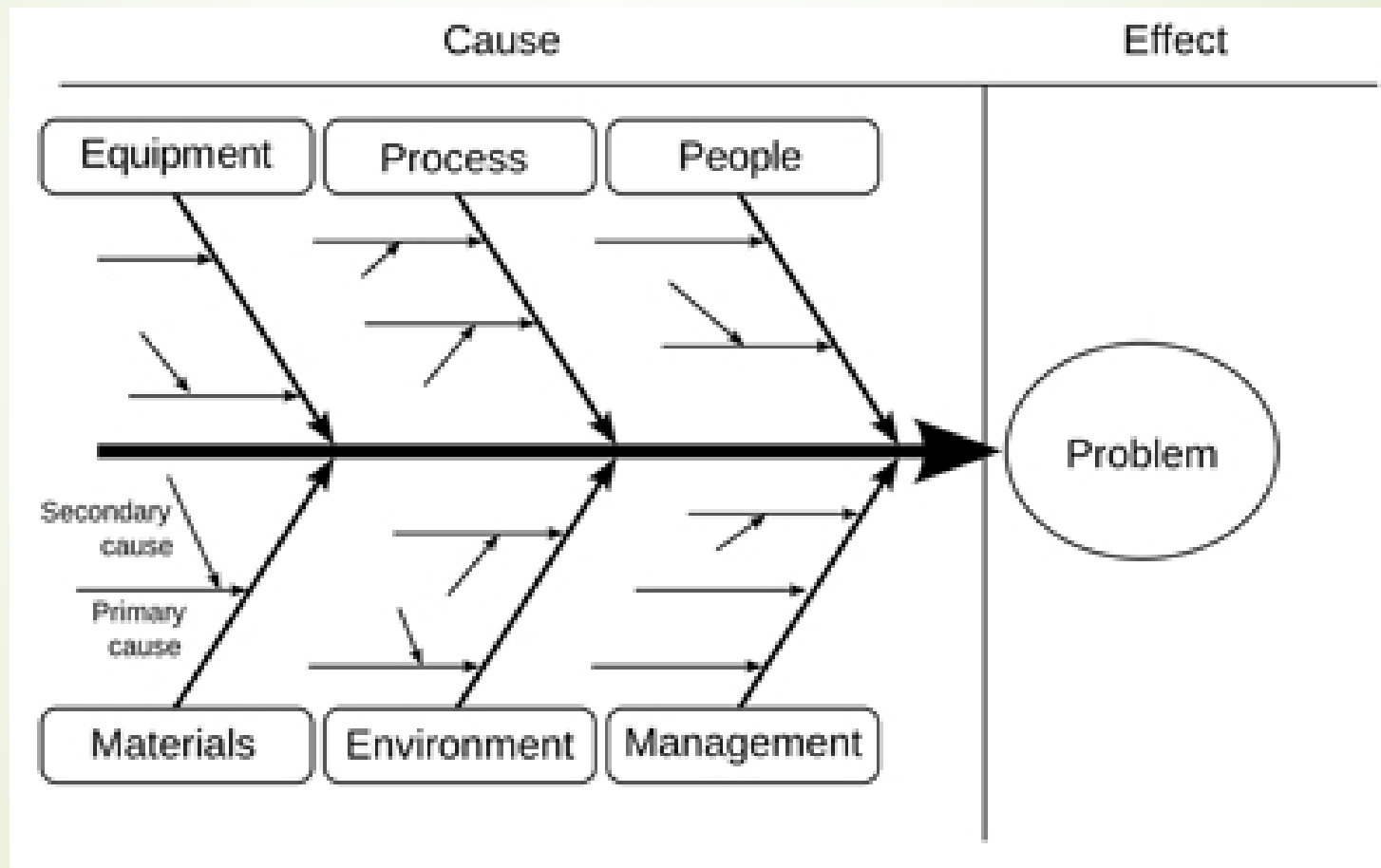
- سلامتی: رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، و نه فقط بیمار یا معلول نبودن
- سلامت از دیدگاه Dobbis: تطابق کار و مستمر با محیط زیست به منظور به دست آوردن بهترین عملکرد. سلامتی یک طیف است.
- سلامت مثبت - سلامت خوب - بیمار نبودن - بیماری پنهان - بیماری خفیف - بیماری شدید - مرگ
- عوامل مؤثر بر سلامت: وراثت، محیط زیست، شیوه زندگی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، خدمات بهداشتی

بیماری



- دور شدن از سلامتی یا وضعیتی که بدن از عملکرد مناسبی برخوردار نباشد
- نقطه مقابل سلامتی
- مراحل بیماری: قبل از بیماریزایی؛ مرحله بیماریزایی
- مثلث اپیدمیولوژی: عامل، میزبان و محیط
- شبکه علیتی: بیماری همیشه حاصل علتی مشخص نیست و مجموعه ای از علل در آن نقش دارند
- فاکتورهای مؤثر بر شبکه علیت:
- عوامل زمینه ساز یا Predisposing factors: سن، جنس
- عوامل تشدید کننده یا Enabling factors؛ مؤثر در گسترش بیماری مثل تغذیه نامناسب
- عوامل تسریع کننده Precipitating factors؛ مواجه شدن با عامل خطر بیماری
- عوامل تقویت کننده Reinforcing factors؛ افزایش طول مدت مواجهه
- تعامل Interaction؛ مواجهه همزمان با چندین عامل بیماری
- مدل استخوان ماهی: سر ماهی (معلول بیماری) و خارهای ماهی (علل بیماری)

مدل استخوان ماهی



غربالگری (Screening)

تشخیص مقدماتی بیماری یا عرضه در افراد به ظاهر سالم با کمک ازمونها و معاینات

هدف: جداسازی افراد واقعا بیمار از افراد به ظاهر سالم

مقایسه آزمون غربالگری با آزمون تشخیصی

انواع غربالگری:

- همگانی؛ انجام برای همه مردم یا یک زیرگروه از مردم
 - انتخابی یا گروه پر مخاطره؛ انجام انتخابی در گروه در معرض خطر، شناسایی گروه بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک
 - چند مرحله ای؛ کاربرد همزمان دو یا چند آزمون غربالگری
 - چند منظوره ای؛ ازمونها و تستهای مختلف برای بیماریهای پنهان
- اولین غربالگری در یک مورد خاص غربالگری شیوع و غربالگریهای بعدی، غربالگری بروز نامیده میشود

معیارهای غربالگری

- وجود بیماری بعنوان یک مشکل مهم بهداشتی
- دوره پنهانی طولانی مدت
- شناخته شده بودن سیر طبیعی بیماری
- وجود آزمونی برای شناسایی بیماری قبل از بروز علائم
- وجود امکانات لازم برای تشخیص اولیه
- وجود درمان مؤثر بعد از تشخیص
- توافق در مورد ویژگیهای افراد بیمار
- وجود شواهدی مبنی بر کاهش ابتلا و میرایی بدلیل تشخیص به موقع
- بیشتر بودن فواید غربالگری نسبت به هزینه و خطرهای آن

ویژگی های آزمون غربالگری

➤ قابل پذیرش بودن (Acceptability)

➤ تکرار پذیری (Repeatability) و پایایی (Reliability)

➤ اعتبار (Validity) یا صحت (Accuracy)

اعتبار با حساسیت (Sensitivity) و ویژگی (Specificity) تعیین می شود:

جمع	وضعیت بیماری		نتیجه آزمون	آزمون
	سالم	بیمار		
A+B	B	A	مثبت	آزمون غربالگری
C+D	D	C	منفی	
A+B+C+D	B+D	A+C	جمع	

حساسیت: توانایی آزمون در تشخیص صحیح افرادی که بیمار هستند. نشان دادن موارد مثبت حقیقی (مفید بودن در مورد بیماریهای خطرناک ولی قابل درمان): مثبت حقیقی تقسیم بر مجموع مثبت حقیقی با منفی کاذب

ویژگی: توانایی آزمون در تشخیص صحیح افرادی که سالم هستند. نشان دادن موارد منفی حقیقی (مفید بودن در مورد بیماریهایی که تشخیص آنها نادر است یا با بار مالی و آسیب عاطفی همراه است): منفی حقیقی تقسیم بر مجموع منفی حقیقی با مثبت کاذب

مفاهیم کاربردی در آزمونهای غربالگری:

➤ مثبت کاذب

➤ منفی کاذب

➤ **صحت آزمون:** نتایج صحیح آزمون ($A+D$) تقسیم بر تمامی نتایج آزمون ($A+B+C+D$)

➤ **ارزش اخباری مثبت:** تعداد واقعی بیمار از بین آنها که نتیجه غربالگری مثبت است (مثبت حقیقی تقسیم بر مثبت حقیقی و مثبت کاذب)

➤ **ارزش اخباری منفی:** تعداد واقعی افراد سالم از بین آنها که نتیجه غربالگری منفی دارند (منفی حقیقی تقسیم بر منفی حقیقی با منفی

کاذب)

پیشگیری: جلوگیری از ایجاد بیماری قبل از وقوع و شامل کلیه اقدامات برای قطع یا آهسته کردن بیماری

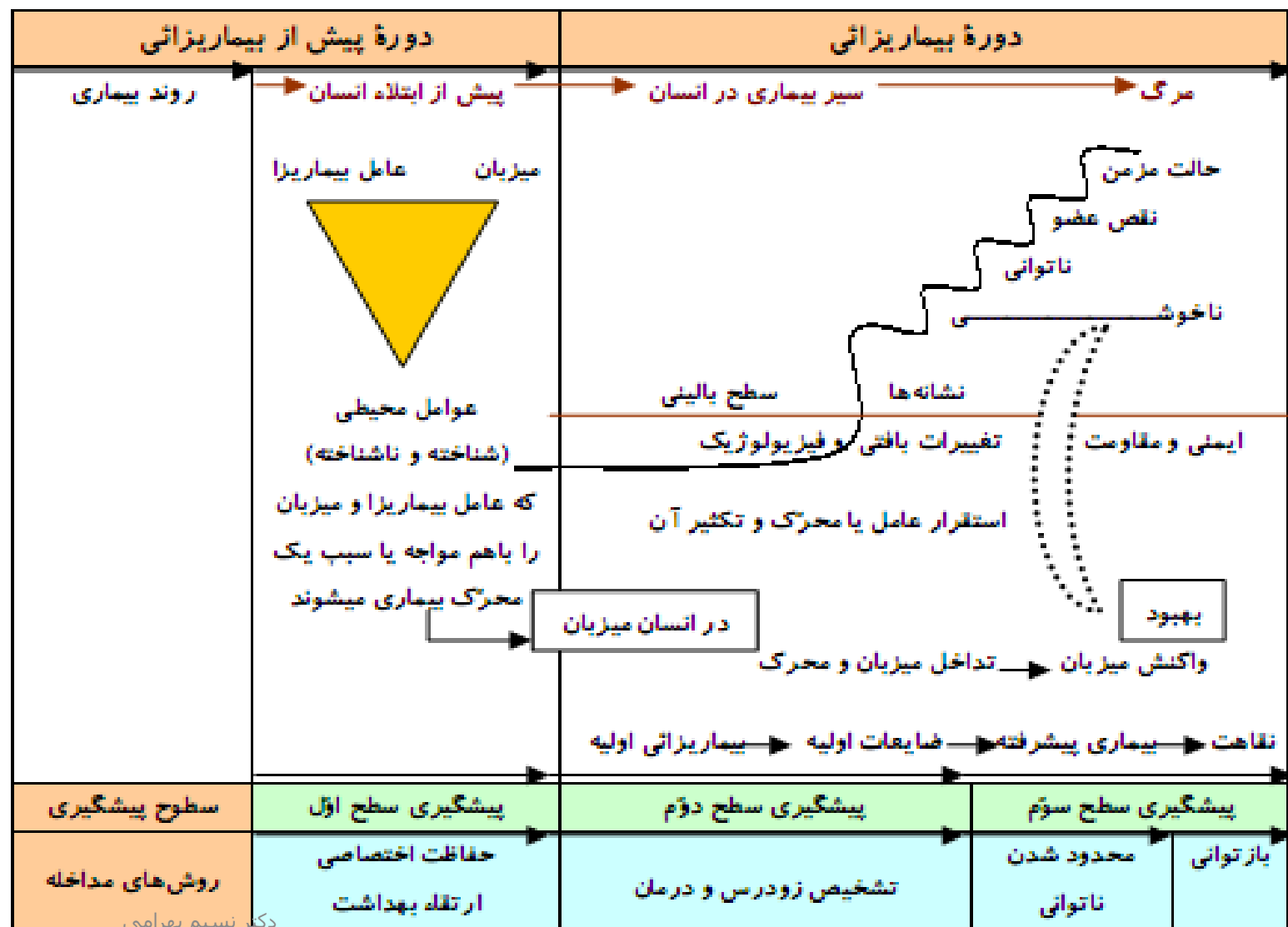
سطوح پیشگیری:

- پیشگیری ابتدایی یا ارتقای بهداشت
- پیشگیری سطح اول یا حفاظت ویژه
- پیشگیری سطح دوم یا تشخیص زودرس و درمان
- پیشگیری سطح سوم یا محدود کردن ناتوانی و بازتوانی

ایجاد بیماری و مراحل پیشگیری

هدف	سطوح پیشگیری	ایجاد بیماری
کل جامعه / گروه‌های انتخاب شده	ابتدایی	شرایط اصلی علیّتی
کل جامعه / گروه‌های انتخاب شده افراد	سطح اوّل	عوامل علیّتی خاص
بیماران	سطح دوّم	مراحل اوّلیه بیماری
بیماران	سطح سوّم	مراحل پیشرفته بیماری (درمان، نوتوانی)

سیر طبیعی بیماری



بهداشت برای همه (Health For All):

➤ در سال ۱۹۷۸ کنفرانس بین المللی مراقبتهای بهداشتی در آلماتا تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبتهای اولیه معرفی شد.

➤ سال ۱۹۸۱ تا سال ۲۰۰۰

➤ رسیدن همه مردم به سطحی از سلامتی که زندگی اجتماعی و اقتصادی بارور و کارآمد داشته باشند

➤ بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰

➤ دستیابی از طریق مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary Health Care)

مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary Health Care: PHC) بر اساس بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸:

مراقبت های بهداشتی ضروری ، که بر اساس روش ها و فن آوری های مطمئن علمی ، عملی و قابل قبول اجتماعی و از طریق مشارکت افراد و خانواده های جامعه در دسترس آنها قرار گیرد و آن مقدار از هزینه برای آن در نظر گرفته شود که جوامع و کشورها بتوانند با ، « روح خود تصمیم گیری » و در هر مرحله ای از توسعه ، از عهده آن بر آیند»

رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه بر اساس عدالت اجتماعی ، پوشش همگانی ، خوداتکایی ، هماهنگی داخل بخشی و مشارکت مردم در برنامه ریزی و اجرای برنامه های بهداشتی ، در جستجوی دستیابی به اهداف مشترک بهداشتی است این رویکرد به عنوان « بهداشت توسط مردم » وا گذاشتن سلامتی مردم در دست خودشان ، تعریف شده است .

اجزای PHC

- آموزشهای همگانی درباره مشکلات رایج بهداشتی و روشهای پیشگیری و کنترل آنها
- ارتقاء سطح تأمین غذا و تغذیه مناسب
- تهیه آب تصفیه شده مناسب و بهداشت اولیه
- مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری و مراقبت از کودک
- ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی
- پیشگیری و کنترل بیماریهای بومی (آندمیک)
- درمان مناسب بیماریهای شایع و حوادث .
- دسترسی به داروهای اساسی .

اجزای اضافه شده در ایران:

- بهداشت دهان و دندان
- بهداشت روان
- تأمین نیروی انسانی
- آمادگی برای مقابله با بلایای طبیعی

اصول PHC:

- عدالت و برابری در توزیع خدمات (Equity)
- مشارکت جامعه و مردم (Community Participation)
- هماهنگی بین بخشی (Intersectoral Approach)
- فن آوری و تکنولوژی مناسب

ویژگی های خدمات بهداشتی:

- به جوامع محیطی برسد
- توزیع عادلانه
- ارائه به بهایی که کشور و جامعه از عهده آن برآیند
- قابل پذیرش برای مردم
- دسترسی آسان
- داشتن جامعیت و دربرگیرنده سطوح پیشگیری

بهبودی یا رفاه:

➤ اجزاء عینی:

❖ استاندارد زندگی: درآمد؛ اشتغال؛ مسکن، بهسازی محیط؛ تغذیه؛ بهداشت، آموزش؛ تفریح (تحت تاثیر درآمد ناخالص سرانه)

❖ سطح زندگی: شامل نه جزء (سلامت، غذا، آموزش، اشتغال، مسکن، تامین اجتماعی، پوشاک، تفریحات، حقوق بشر)

➤ کیفیت زندگی: جزء ذهنی رفاه

❑ شاخص کیفیت زندگی جسمی (PQLI): ترکیبی از سه شاخص میزان میرایی شیرخواران، امید به زندگی در پایان یک سالگی و میزان باسوادی

❑ در محاسبه آن درآمد در نظر گرفته نمی شود

❑ نتایج اجتماعی، اقتصادی و سیاستهای اداری را در نظر می گیرد

سازمان‌ها و صندوق‌هایی که مستقیماً در توسعه سلامت نقش دارند، شامل

۱-۱ سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization : WHO)

۲-۱ صندوق کودکان ملل متحد (United Nations Children's Fund : UNICEF)

۳-۱ صندوق جمعیت ملل متحد (United Nations Population Fund : UNFPA)

۴-۱ سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد

(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO)

سازمان‌ها و برنامه‌هایی که به طور غیر مستقیم با سلامت در ارتباط می باشند

۱-۲ برنامه عمران ملل متحد (United Nations Development Programme : UNDP)

۲-۲ اداره کمیساریای عالی ملل متحد

(Office of the United Nations High Commissioner for Refugees : UNHCR)

۳-۲ برنامه محیط زیست ملل متحد (United Nations Environmental Programme : UNEP)

۴-۲ گروه بانک جهانی (World Bank Group)

۵-۲ سازمان بین‌المللی کار (International Labour Organization : ILO)

۶-۲ سازمان بین‌المللی تجارت (World Trade Organization : WTO)

۷-۲ سازمان منع سلاح‌های شیمیایی

(Organization of the Prohibition of Chemical Weapons: OPCW)

۸-۲ سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد

(Food and Agriculture Organization of United Nations : FAO)

۹-۲ برنامه غذای جهانی (World Food Programme : WFP)

سازمان جهانی بهداشت

- سازمان جهانی بهداشت یکی از سازمان های تخصصی سیستم ملل متحد است
- نقش اصلی آن هدایت و هماهنگی برنامه های سلامت در سطح بین المللی می باشد.
- هدف سازمان جهانی بهداشت دست یافتن به بالاترین سطح ممکن سلامت برای همه مردم دنیا است.

ساختار who



❖ شورای بهداشت جهانی (مجمع عمومی)

❖ تعیین سیاست ها و برنامه های بهداشت

❖ بررسی کارهای انجام شده

❖ تصویب بودجه مورد نیاز برای سال بعد

❖ انتخاب کشورهای عضو برای کمیته اجرایی در مدت ۳ سال آینده

❖ هیأت اجرایی (۳۱ نفر که دو بار در سال تشکیل جلسه می دهند)

❖ دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت

مناطق شش گانه who

➤ آسیای جنوب شرقی (SEARO)

➤ افریقا (AERO)

➤ قاره امریکا (AMRO)

➤ اروپا (EURO)

➤ شرق مدیترانه (EMRO)

➤ غرب اقیانوس آرام (WPRO)

صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

United Nations Children's Fund

- یونیسف بخشی از ملل متحد است که منحصرًا به کودکان اختصاص یافته است.
- این سازمان در سال ۱۹۴۶ به منظور تسکین آلام کودکان به دنبال جنگ جهانی دوم پایه گذاری شد.
- این سازمان در کشورهای در حال توسعه برای کودکانی که آینده آن ها به واسطه فقر، بیماری های قابل پیشگیری، سوء تغذیه و فقدان فرصت های آموزشی به مخاطره افتاده است در تلاش بوده است.
- یونیسف به وسیله پیمان نامه حقوق کودک که در سال ۱۹۸۹ به تصویب مجمع عمومی ملل متحد رسیده است هدایت می شود
- برای ساختن یک دنیای دوستدار کودک تلاش می کند.

خدمات UNICEF



۱. بهداشت کودکان

۲. تغذیه کودکان با همکاری WHO و FAO

۳. بهزیستی خانواده و کودک

۴. آموزش رسمی و غیر رسمی

هفت استراتژی UNICEF

۱. Growth Chart
۲. Oral Rehydration
۳. Breast Feeding
۴. Immunization
۵. Food Supplementation
۶. Family Planning
۷. Female education

صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) United Nations Population Fund

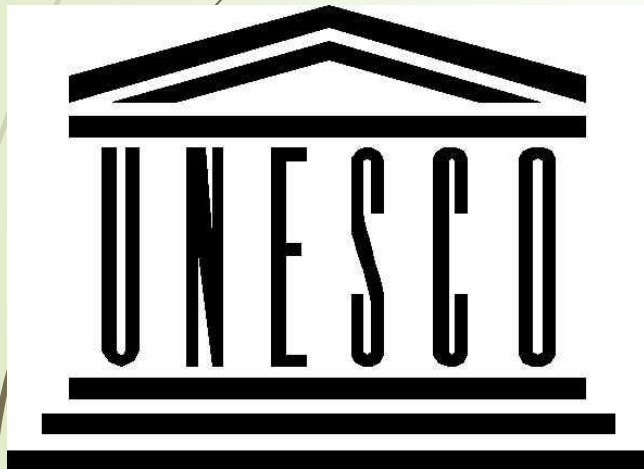
- صندوق جمعیت ملل متحد که تابع مجمع عمومی ملل متحد می باشد یکی از بزرگترین منابع مالی بین المللی برای کمک به جمعیت در کشورهای در حال توسعه است. این صندوق در سال ۱۹۶۹ شروع به کار کرد
- کشورهای در حال توسعه را در امور مربوط به بهداشت باروری و جمعیتی از جمله سیاست های جمعیتی یاری می نماید.



سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (UNESCO)

هدف اصلی یونسکو مشارکت در صلح و امنیت در جهان است

- از طریق ارتقای همکاری در بین ملل در زمینه آموزش، علم، فرهنگ و ارتباطات،
- به منظور تحقق احترام عالمگیر برای عدالت، حاکمیت قانون، حقوق انسانی و آزادی های اساسی برای همه مردم دنیا بدون برتری نژاد، جنس یا مذهب، به ترتیبی که در منشور ملل متحد آمده است.



برنامه عمران ملل متحد (UNDP)

United Nations Development Program



➤ برنامه عمران ملل متحد در سیاستگذاری و ظرفیت سازی برای رشد اقتصادی کشورها نقش مهمی را ایفا می نماید.

➤ از طریق همکاری با بخش های دولتی و خصوصی امکان استفاده هرچه بیشتر از منابع کمکی را در مقابله با چالش ها و فرصت های حاصله از "جهانی شدن" فراهم می نماید.



سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (FAO) Food And Agricultural Organization



➤ سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد نقش رهبری در توسعه روستایی را عهده دار می باشد.

➤ هدف اصلی این سازمان مبارزه با فقر و گرسنگی از طریق ترویج کشاورزی، بهبود تغذیه و پیگیری امنیت غذا است

(دسترسی همه مردم در همه اوقات به غذایی که برای یک زندگی فعال و سالم به آن نیاز دارند)



گروه بانک جهانی (World Bank Group)

- بانک جهانی شامل گروهی مشتمل بر پنج موسسه است.
- هدف مشترک کلیه مؤسسات فوق، کاهش فقر در سرتاسر جهان از طریق تقویت اقتصاد ملت های فقیر می باشد.

صليب سرخ بين المللى International Red Cross

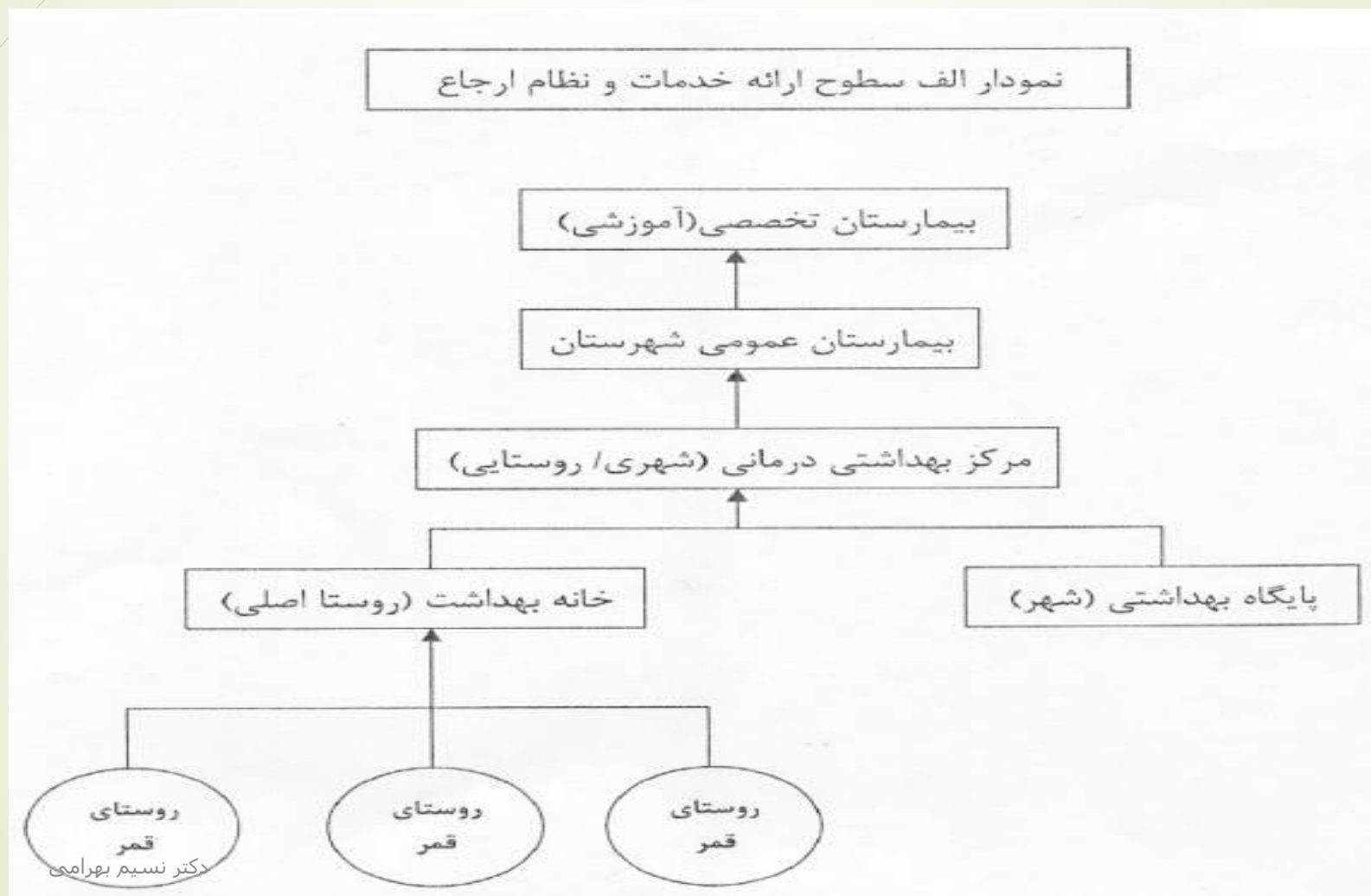
- يك سازمان بشر دوستانه و غير رسمى
- در ايران به نام هلال احمر معروف است
- مقابله با حوادث و بلايائى غير مترقبه
- بودجه آن از طريق كمك هاى مردمى، دولتى و متفرقه تأمين مى شود.



سطوح مراقبت های بهداشتی

- 1- سطح اول : این سطح مراقبت شامل خدمات ارتقایی، پیشگیری و خدمات پایه درمانی که در خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی انجام می گیرد ، نزدیکترین سطح ارتباط با مردم است و جایی است که می توان با بیشترین مشکلات مردم روبه رو شده و آنها را حل نمود .
- 2- سطح دوم : در این سطح با مشکلات پیچیده تر مقابله می شود که ارائه خدمات توسط مراکز بهداشتی درمانی شهرستانها و بیمارستانهای عمومی انجام می شود و نخستین سطح ارجاع در نظام بهداشتی است .
- 3- سطح سوم : در این سطح خدمات فوق تخصصی توسط بیمارستانهای تخصصی انجام می گیرد .

سطوح مختلف ارائه خدمات



خانه بهداشت

➡ محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام سلامت است.

وظایف خانه بهداشت

- ۱ - سر شماری سالانه و ثبت اطلاعات مانند وقایع حیاتی
- ۲ - آموزش بهداشت
- ۳ - مشارکت جامعه در سلامت
- ۴ - مراقبت از زنان باردار و مراقبت از کودکان و تنظیم خانواده
- ۵ - آموزش و مراقبت تغذیه ای
- ۶ - مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس
- ۷ - بهداشت دهان و دندان
- ۸ - ایمن سازی
- ۹ - نظارت بر موازین بهداشت حرفه ای
- ۱۰ - بهسازی محیط
- ۱۱ - بیماریابی
- ۱۲ - کمک های اولیه درمانی و پیگیری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

➤ در حال حاضر تنها واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی است که بوسیله پزشکان عمومی اداره می‌شود.

➤ این پزشکان ضمن نظارت بر فعالیت‌های خانه بهداشت و هدایت آنان نیازهای درمان تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان، تأمین می‌کنند .

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

- محل استقرار مرکز باید به گونه‌ای باشد که در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار گیرد
- مرکز روستایی حداقل چهار کاردان با وظایف متفاوت دارد :
 - کاردان زن با مسئولیت بهداشت خانواده
 - کاردان مرد با مسئولیت بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و مبارزه با بیماری‌ها
 - کاردان بهداشت دهان و دندان
 - کاردان دارویی و آزمایشگاه

وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی

➤ جمع‌آوری، کنترل و دسته‌بندی اطلاعات و آمار بهداشتی و جمعیتی

➤ کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها

➤ پذیرش بیماران : حدود ۲۰ درصد از مراجعه‌کنندگان متقاضی خدمات و کمک‌های درمانی هر خانه بهداشت به سطح بالاتر، ارجاع می‌شوند ارجاع‌کنندگان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی سه گروه مختلف هستند:

الف - موارد فوریت‌های پزشکی بدون ارجاع مراجعه می‌کنند

ب - ارجاع شدگان فوری از خانه بهداشت

ج - ارجاع شدگان غیرفوری که در بازدید پزشک مسئول از خانه بهداشت در محل خانه بهداشت مورد مداوا قرار می‌گیرند.

➤ مشارکت در فعالیت‌های آموزشی

➤ اعزام تیم‌های سیار

➤ برنامه‌های بهداشتی مختلف (آموزش‌های لازم، انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی مورد نیاز زنان باردار، ایجاد امکان برخورداری از زایمان سالم، تهیه پاپ اسمیر، گذاشتن IUD"، غربالگری کارگران کارگاه‌ها و کارخانه‌ها، انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک، برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری‌های بومی منطقه)

➤ پژوهش

➤ رابطه با بیمارستان



مراکز بهداشتی درمانی روستایی دارای ضمائم احتمالی هستند که بستگی به نیاز آن منطقه دارد. مانند:

الف - تسهیلات زایمانی

ب - بخش جراحی های کوچک

تسهیلات زایمانی

- در برخی مراکز براساس دسترسی بیشتر یک ساعت تا نزدیکترین شهر و زایشگاه، تسهیلات زایمانی برای زایمان‌های طبیعی وجود دارد و در موارد پیچیده با پزشک مرکز بهداشتی مشاوره انجام گرفته و در صورت لزوم ارجاع داده می‌شود.
- در این مراکز مراقبت‌های بعد از زایمان در برنامه‌ریزی و اجرای آن وجود دارد و فعالیت آن شبانه‌روزی است. یک بهیار زن غیراز ماما نیز باید حضور داشته باشد.
- پزشک مسئول این مراکز بهداشتی درمانی روستایی در دسترس "On Call" تلقی می‌گردد.

بخش جراحی های کوچک

- در روستاهایی که گلوگاه مسیر حرکت ۲۰ هزار نفر جمعیت تلقی شده و بیشتر از یک ساعت با اتومبیل تا اولین شهر دارای بیمارستان فاصله داشته باشند امکان ایجاد بخش جراحی های کوچک وجود دارد.
- توصیه می شود که اکثر جراحی ها بدون استفاده از بیهوشی عمومی باشد. مانند : بریدگی ها، سوختگی های درجه یک بدون عارضه، سوختگی کودکان زیر ۵ سال، درناژ آبسه، خارج کردن اجسام خارجی، بند آوردن خونریزی بینی، فتق ساده... شکستگی بدون عارضه استخوان بازو.

واحدهای عرضه خدمات در شهر

➡ پایگاه بهداشتی

➡ مراکز بهداشتی درمانی شهری

پایگاه بهداشتی

➤ کلیه خدماتی که در روستا بعهدہ خانہ های بهداشت قرار دارد در مناطق شهری به عہدہ پایگاہ بهداشتی و تفاوت وظیفہ آنان در نکات زیر است :

❑ دریافت خدمات در این مرکز به ازای مراجعہ فرد است و ارائه خدمات از نوع غیرفعال می باشد.

❑ در این پایگاہ یک کاردان بهداشتی مرد و سه کاردان بهداشت خانوادہ زن کار می کنند و حضور کاردان مامایی، حتماً لازم است.

❑ وظیفہ پیگیری دریافت خدمات به عہدہ رابطین بهداشتی است.

پایگاه بهداشتی

- ❑ کلاس های آموزش برای رابطین بهداشت در هفته یک روز در پایگاه های بهداشتی برگزار می شود.
- ❑ یکی از این کاردان های بهداشت خانواده همه روزه به مدارس و کارگاه هایی که کارگران زن، حضور دارند، سرکشی می نماید
- ❑ و یکی از کاردان های بهداشت خانواده همیشه در محل پایگاه، حضور داشته تا در صورت مراجعه افراد تحت پوشش، خدمات لازم را ارائه نماید.
- ❑ کاردان بهداشت عمومی مرد، خدمات مرتبط با بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، و بررسی اپیدمیولوژیک اولیه را در منطقه تحت پوشش خود به عهده دارد.
- ❑ وظیفه کاردان مامایی، مراقبت از مادران، تنظیم خانواده و گذاشتن I.U.D در مراکز می باشد.
- ❑ وظیفه پرداختن به کارهای درمانی حتی در مورد تجویز داروهای بدون نسخه را ندارند ولی در مواقع لزوم می توانند ارجاع دهند.

مراکز بهداشتی درمانی شهری

- این واحد برحسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را پوشش می‌دهد.
- تمام وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی در قبال خانه بهداشت را این مرکز در مقابل پایگاه های بهداشت شهری خواهد داشت.
- حداقل ۲ پزشک عمومی به منظور انجام وظایف مدیریتی و پذیرش موارد ارجاعی، اقدام به ارائه خدمات می‌نمایند.
- خدمات ارائه شده عمدتاً خدمات مراقبتی اولیه است ولی مراجعه بیمار لازم نیست حتماً از طریق ارجاع پایگاه های بهداشتی باشد در این مراکز، وظایف شباهت زیادی به مراکز بهداشتی درمانی، روستایی دارد که نمونه هایی از آن مانند جمع‌آوری اطلاعات و آمار نوشتن دفاتر سنجش سلامت دانش آموزان توسط پزشکان به ویژه در مقطع ورود به دبستان و سال اول راهنمایی می‌باشد.
- از وظایف دیگر این مراکز انجام بررسی های اپیدمیولوژیک بیماری های بومی منطقه تحت پوشش مرکز میباشد.

وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری

- خدمات پزشکی : حضور پزشک، بیمار و دارویار لازم است
- خدمات تشخیص طبی : حضور کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی لازم است
- خدمات دندانپزشکی : حضور دندان پزشک، ضروری است
- خدمات تکمیلی برای موارد ارجاع شده از پایگاه ها و مناطق دیگر : وجود پزشک و بهیار دارویار لازم است.
- هدایت و پایش خدمات پایگاههای بهداشت شهری تابعه

وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری

➡ در شهرهای فاقد بیمارستان و نیز در شهرهایی که دسترسی به بخش اورژانس بیمارستان آسان نیست یک یا چند **مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی** ایجاد می شود تا دسترسی و رسیدگی به موارد اورژانس فراهم باشد.

منابع جمع آوری و ثبت اطلاعات درخانه بهداشت

۱. فرمها

۲. دفاتر مراقبتهای بهداشتی و درمانی

۳. پرونده خانوار

۴. زیج حیاتی

زیج حیاتی

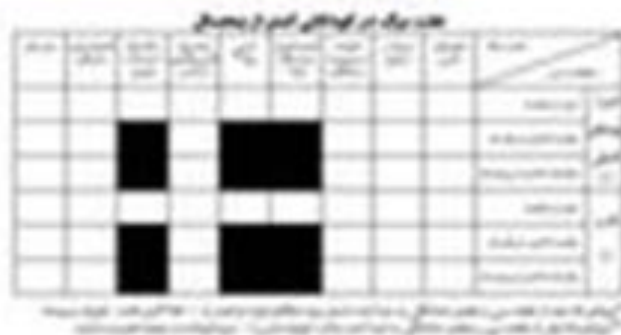
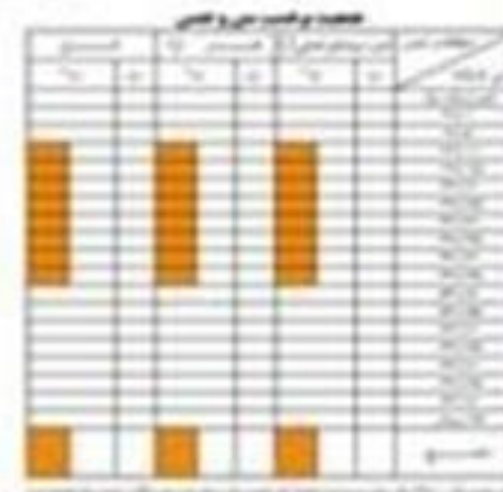
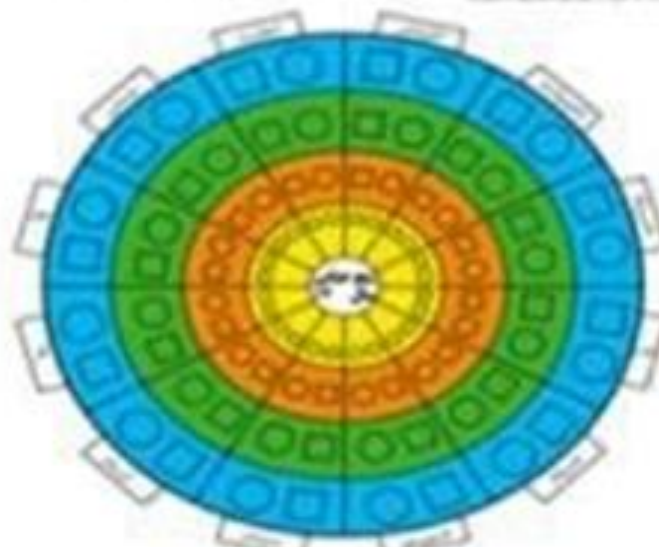
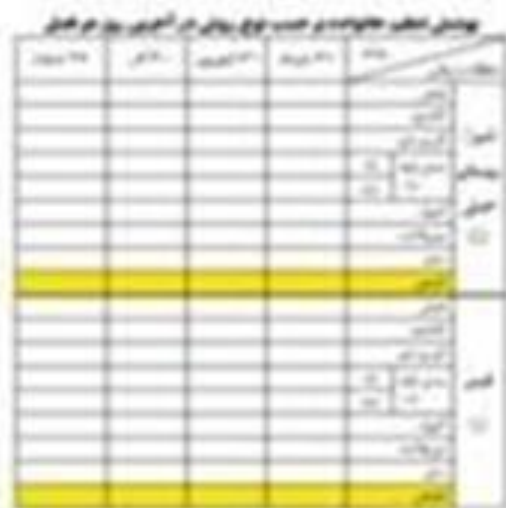
- زیجهای کنونی ورقه‌ای است با طول و عرض ۷۰ در ۵۰ سانتیمتر دارای ۷ جدول و ۵ دایره متحدالمرکز که در چهار رنگ چاپ می‌شود و داده‌های مختلفی را نشان می‌دهد از جمله:
- اطلاعات جمعیتی بر حسب سن، جنس و محل سکونت؛ موالید؛ شرایط زایمان؛ مرگ بر حسب سن و جنس؛ مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان و علل مرگ آنها؛ علل مرگ کودکان زیر پنج سال؛ چگونگی مصرف نمک یددار توسط خانوارها و تنظیم خانواده.
- سالانه شاخصهای متعددی از این ورقه بدست می‌آید که می‌توان با تحلیل آنها و مقایسه با سالهای قبل، وضعیت برنامه ها و مداخله ها را ارزیابی کرد و در برنامه‌ریزیها به جهت ارتقاء وضعیت سلامت جامعه گامهای مثبتی برداشت.

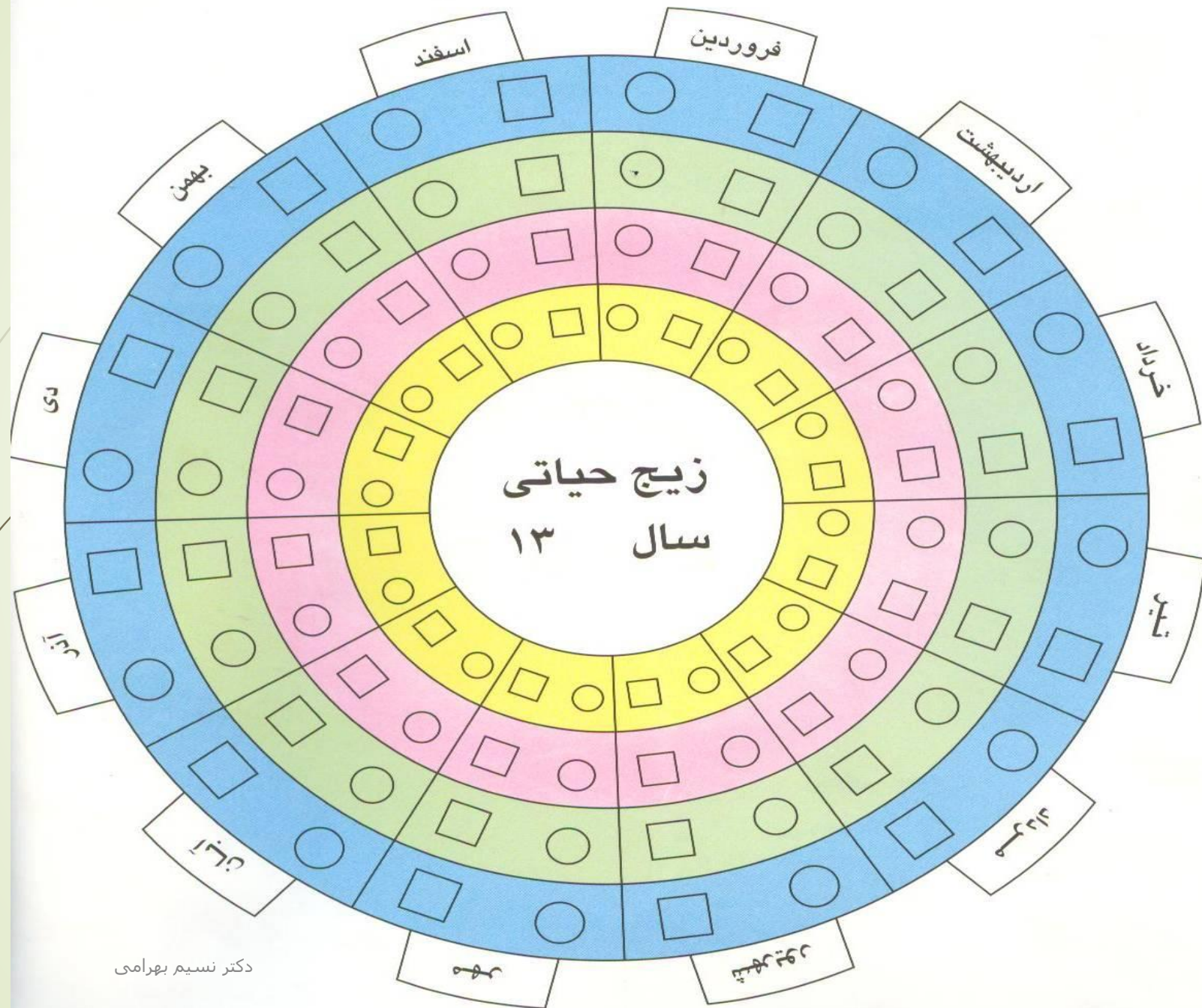
هدف از تکمیل زیج حیاتی

۱. داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش روستایی و شهری
۲. محاسبه شاخصهای جمعیتی، بهداشتی هرخانه بهداشت، پایگاه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری
۳. تا در نهایت کل جمعیت روستایی و جمعیت شهری تحت پوشش بدست آید و بتوان هر سال نتیجه فعالیتهای واحدهای ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی (خانههای بهداشت و پایگاههای بهداشت) را به صورت کمی ارزیابی کرد

در زیج حیاتی هفت جدول و یک گردونه به شرح زیر وجود دارد

۱. جدول جمعیت بر حسب سن و جنس
۲. جدول استفاده از نمک یددار
۳. جدول تولد
۴. جدول پوشش تنظیم خانواده
۵. جدول مرگ مادران
۶. جدول مرگ بر حسب سن و جنس
۷. جدول علت مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال
۸. گردونه تولد و مرگ

[illegible]



جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

◀ جمعیت بر حسب سن و جنس

سن / منطقه و جنس		شهر / روستای اصلی <input type="checkbox"/>		قمر <input type="radio"/>		کل	
		مرد	زن *	مرد	زن *	مرد	زن *
کمتر از یکسال							
۱ تا ۴ سال							
۵ تا ۹ سال							
۱۰ تا ۱۴ سال							
۱۵ تا ۱۹ سال							
۲۰ تا ۲۴ سال							
۲۵ تا ۲۹ سال							
۳۰ تا ۳۴ سال							
۳۵ تا ۳۹ سال							
۴۰ تا ۴۴ سال							
۴۵ تا ۴۹ سال							
۵۰ تا ۵۴ سال							
۵۵ تا ۵۹ سال							
۶۰ تا ۶۴ سال							
۶۵ تا ۶۹ سال							
۷۰ تا ۷۴ سال							
۷۵ تا ۷۹ سال							
۸۰ تا ۸۴ سال							
۸۵ و بیشتر							
جمع							

* آمار جمعیت زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله. ستون سمت راست (سفید)، کل جمعیت زنان و ستون سمت چپ (رنگی) جمعیت زنان شوهردار است.

شاخصهای قابل استخراج از جدول جمعیتی

- درصد گروه سنی زیر یکسال
- درصد گروه سنی زیر ۵ سال
- درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال
- درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال
- کل جمعیت ۶۵ سال و بیشتر
- نسبت درصد سرباری
- درصد زنان شوهردار در هر گروه سنی از ۱۵ تا ۴۹ سال
- درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله به کل زنان



جدول استفاده از نمک یددار

راهنما

☐ منطقه شهری یا روستای اصلی خانه بهداشت

☐ روستای قمر خانه بهداشت

◀ استفاده از نمک ید دار

تعداد خانوارهایی که از نمک ید دار استفاده می کنند	تعداد کل خانوار	منطقه
		شهر / روستای اصلی <input type="checkbox"/>
		قمر <input type="radio"/>

جدول استفاده از نمک یددار:

در سرشماری ابتدای هر سال تعداد خانوارهای استفاده کننده از نمک یددار بر اساس تست نمک خانوار در زمان سرشماری مشخص و در این جدول ثبت می گردد .

جدول تولد

تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان

شرایط زایمان			سن مادر در این تولد زنده								وزن هنگام تولد* و جنس نوزاد زنده بدنیا آمده						زنده بدنیا آمده		مرده بدنیا آمده		منطقه			
											کمتر از ۲۵۰۰ گرم		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		وزن نشده									
ماماى تحصیل کرده	ماماى دوره دیده	ماماى دوره ندیده	در بیمارستان یا زایشگاه	۴۵	۴۰	۳۵	۳۰	۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	وزن نشده		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		کمتر از ۲۵۰۰ گرم		دختر	پسر	دختر		پسر	دختر	پسر
				تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر		پسر		
				۴۹	۴۴	۳۹	۳۴	۲۹	۲۴	۱۹	۱۴													

شهر/روستای

☐ اصلی

☐ قمر

اگر وزن در هنگام تولد در دست نیست، به جای آن وزن در روز دهم را بنویسید.

شاخصهای قابل استخراج از جدول تولد بر حسب وزن، جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان

- میزان خام تولد
- درصد زایمانهایی که توسط شخص دوره دیده در منزل انجام شده است
- درصد زایمانهایی که بوسیله شخص دوره دوره ندیده انجام شده است
- درصد زایمانهایی که در بیمارستان انجام شده است
- درصد چند قلو زایی
- درصد مرده زایی به تفکیک پسر و دختر و کل
- نسبت جنسی در بدو تولد
- درصد متولدین با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم به تفکیک پسر و دختر و کل
- درصد متولدین با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر به تفکیک پسر و دختر و کل
- درصد متولدین وزن شده به تفکیک پسر و دختر و کل

جدول پوشش تنظیم خانواده

◀ پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز هر فصل

زمان		منطقه و روش		۲۹ اسفند	۳۰ آذر	۳۱ شهریور	۳۱ خرداد
قرص		شهر / روستای اصلی <input type="checkbox"/>					
کاندوم							
آی - یو - دی							
زن	بستن لوله در						
مرد							
آمپول سه ماهه							
آمپول یک ماهه							
سایر							
طبیعی							
قرص				قمر <input type="radio"/>			
کاندوم							
آی - یو - دی							
زن	بستن لوله در						
مرد							
آمپول سه ماهه							
آمپول یک ماهه							
سایر							
طبیعی							

شاخصهای قابل استخراج از پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز هر فصل

- میزان باروری عمومی
- میزانهای باروری اختصاصی سنی
- میزان باروری کلی
- میزان تجدید نسل ناخالص
- درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده در پایان فصل
- درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده بر حسب نوع وسیله در پایان هر فصل
- نسبت کسانی که از یک وسیله استفاده می کنند به کل استفاده کنندگان

جدول مرگ بر حسب سن و جنس

شکل ۶ - جدول مرگ بر حسب سن و جنس

منطقه	سن / جنس	کمتر از یکماه	یکماه تا یکسال	۱	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۳۰	۳۵	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵ و بیشتر	جمع
				۴	۹	۱۴	۱۹	۲۴	۲۹	۳۴	۳۹	۴۴	۴۹	۵۴	۵۹	۶۴	۶۹	۷۴	۷۹	۸۴		
شهر / روستای اصلی <input type="checkbox"/>	مرد																					
	زن																					
قمر <input type="radio"/>	مرد																					
	زن																					
کل	مرد																					
	زن																					

شاخصهای قابل استخراج از جدول مرگ بر حسب سن و جنس

- میزان خام مرگ برای هر دو جنس و کل
- میزان مرگ اختصاصی سنی برای هر دو جنس و کل

شکل ۷ - جدول علت مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال

منطقه و سن		علت مرگ								
		عفونتهای تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث ، مسمومیتها، سوختگیها	عوارض کمبود وزن هنگام تولد*	نارسی نوزاد**	بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمانی	ناهنجاریهای مادرزادی	سایر علل
شهر / روستای اصلی □	کمتر از یکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکسال تا کمتر از پنج سال									
قمر ○	کمتر از یکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکسال تا کمتر از پنج سال									

* نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده است و وزن هنگام تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد (نوزاد رسیده)

*** نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده باشد (نوزاد نارس) وزن کودک در اینجا اهمیت ندارد .

شاخصهای قابل استخراج از جدول علت مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال

- میزان مرگ نوزادان برای هر دو جنس و کل
- میزان مرگ کودکان کمتر از یکسال برای هر دو جنس و کل
- میزان مرگ کودکان ۱-۴ سال برای هر دو جنس و کل
- میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال برای هر دو جنس و کل
- میزان مرگ اختصاصی علتی در گروه سنی کمتر از ۵ سال
- نسبت مرگ از علت خاص در گروه سنی کمتر از ۵ سال
- امید زندگی در بدو تولد و سایر سنین برای هر دو جنس

جدول مرگ مادران

شکل ۵- جدول مرگ مادران باردار به دلیل عوارض حاملگی و زایمان

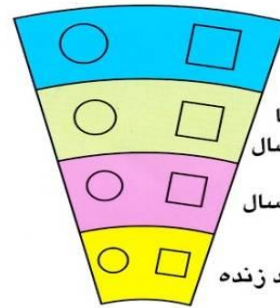
سن (سال)	منطقه و علت مرگ	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹
شهر / روستای اصلی □	خونریزی								
	عفونت بعد از زایمان								
	مسمومیت حاملگی								
	بیماریهای قلبی								
	سایر علل								
قمر ○	خونریزی								
	عفونت بعد از زایمان								
	مسمومیت حاملگی								
	بیماریهای قلبی								
	سایر علل								

شاخصهای قابل استخراج از جدول مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

- میزان مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان و بر حسب گروههای سنی
- میزان مرگ اختصاصی علتی مادران بر حسب گروههای سنی و کل
- درصد مرگ مادران از هر یک از علل مرگ در هر گروه سنی
- میزان مرگ اختصاصی علتی مادران

گردونه تولد و مرگ

راهنما

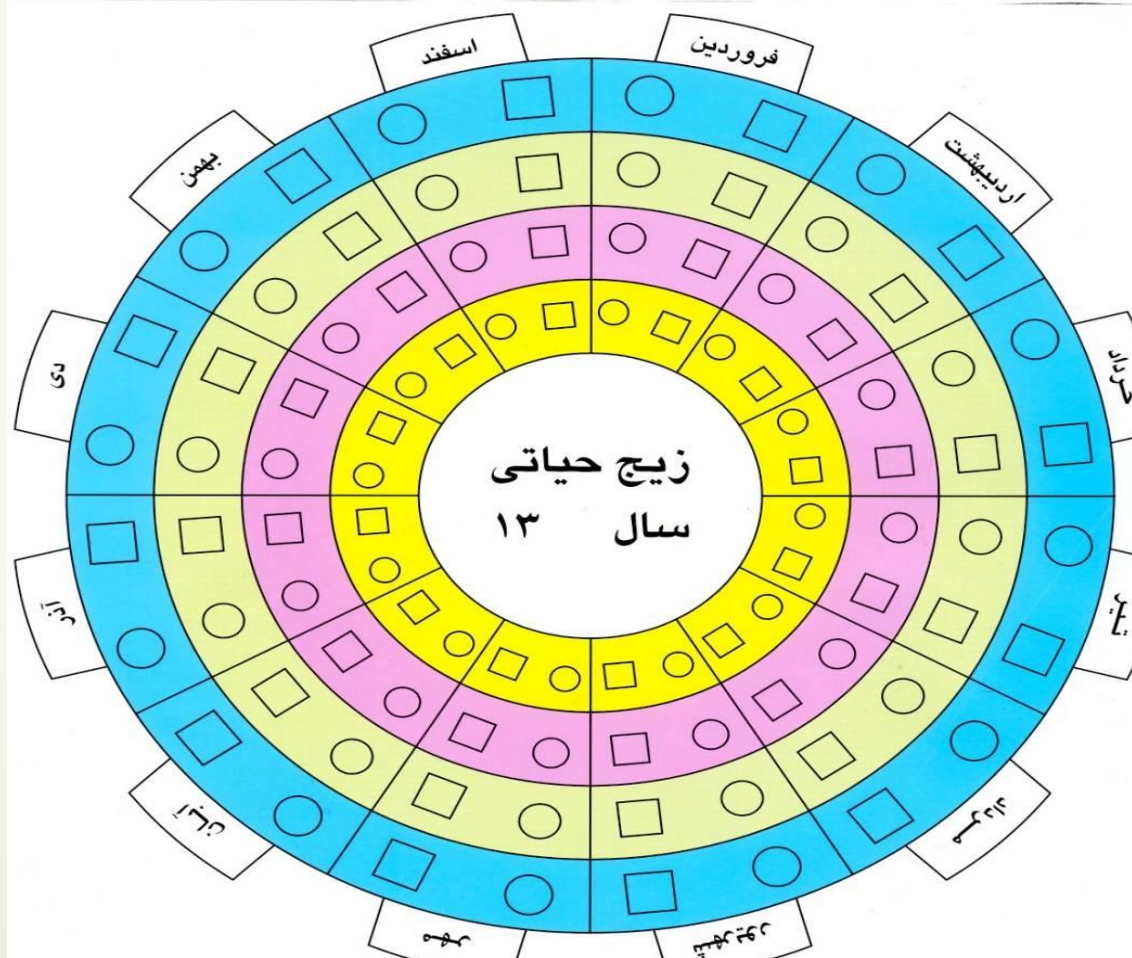


مرگ پنج ساله و بالاتر

مرگ یکسال تا
کمتر از پنج سال

مرگ کمتر از یکسال

تولد زنده



شاخصهای قابل استخراج از دایره زیج حیاتی

- رشد طبیعی جمعیت = میزان خام تولد - میزان خام مرگ
- درصد تولدها در روستاهای اصلی و قمر
- درصد مرگ ها به تفکیک اصلی و قمر و گروه سنی نوزادان و کودکان و...

۱- شاخص های مرگ و میر

- میزان مرگ و میر خام
- میزان مرگ و میر اختصاصی سنی
- میزان مرگ و میر نوزادان
- میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال
- میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال
- میزان مرگ و میر علتی در نوزادان
- میزان مرگ و میر علتی در کودکان زیر یکسال
- میزان مرگ و میر علتی در کودکان زیر پنجسال
- میزان مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان و بر حسب گروههای سنی
- میزان مرگ و میر اختصاصی علتی مادران باردار
- میزان مرگ و میر اختصاصی سنی مادران باردار

۲- شاخص های جمعیتی :

- هرم سنی
- نسبت جنسی
- نسبت وابستگی
- درصد جمعیت سالمندان
- درصد گروه سنی زیر یکسال
- درصد گروه سنی زیر ۵ سال
- درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال
- درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال
- کل جمعیت ۶۵ سال و بیشتر
- نسبت درصد سرباری
- درصد زنان شوهردار در هر گروه سنی از ۱۵ تا ۴۹ سال
- درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله به کل زنان

۳- شاخص های باروری :

■ میزان تولد خام

■ باروری عمومی

■ باروی اختصاصی سنی

■ رشد جمعیت

■ باروری کلی

■ درصد زایمان ایمن

■ درصد نوزادان با وزن کم موقع تولد

■ درصد زایمانهایی که توسط شخص دوره دیده در منزل انجام شده است

■ درصد زایمانهایی که بوسیله شخص دوره دوره ندیده انجام شده است

■ درصد زایمانهایی که در بیمارستان انجام شده است

■ درصد چند قلو زایی

■ درصد مرده زایی به تفکیک پسر و دختر و کل

■ نسبت جنسی در بدو تولد

■ درصد متولدین با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم به تفکیک پسر و دختر و کل

■ درصد متولدین با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر به تفکیک پسر و دختر و کل

■ درصد متولدین وزن شده به تفکیک پسر و دختر و کل

۴ - سایر شاخصها :

■ درصد استفاده از نمک یددار

■ پوشش تنظیم خانواده

سایر بخش های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

- کلینیک
- پلی کلینیک
- مطب
- مراکز جراحی محدود سرپایی روزانه (Day Clinic)
- واحد آزمایشگاهی
- واحد پرتونگاری (رادیولوژی)
- واحد توانبخشی
- داروخانه

سایر سازمان های عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

- سازمان تأمین اجتماعی
- سازمان بیمه خدمات درمانی
- سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

مدیریت شبکه شهرستان

- واحدی است که اولین سطح تخصصی یا کارشناسی خدمات بهداشتی را بعد از دارد.
- مسئول هماهنگی فعالیت های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی حوزه شهرستان است.
- مرکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستان های شهرستان در زیر چتر مدیریت آن قرار دارند.
- یک سطح مدیریتی است که مسئولیت فرآیندهایی مانند برنامه ریزی، پایش، ارزشیابی، و پشتیبانی خدمات فنی و پیچیده تری را در عرصه خدمات بهداشتی در حوزه شهرستان خود دارد.

برنامه های مرکز بهداشت شهرستان

- ❖ آموزش بهداشت
- ❖ بهداشت و تنظیم خانواده
- ❖ بهداشت مدارس
- ❖ مبارزه با بیماری ها
- ❖ بهداشت محیط
- ❖ بهداشت حرفه ای
- ❖ بهداشت دهان و دندان
- ❖ تهیه و تدارك دارو
- ❖ آمار و اطلاعات
- ❖ هماهنگی و گسترش شبکه بهداشتی ـ درمانی شهرستان .

دانشگاه ها یا دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی که از تلفیق آموزش گروه های پزشکی و شبکه های بهداشت و درمان بوجود آمده اند مسئولیت های متعددی داشته و علاوه بر تربیت نیروهای انسانی در زمینه سلامت و مورد نیاز جامعه، پژوهش در عرصه های سلامت، مدیریت، برنامه ریزی، سازماندهی و هدایت و کنترل خدمات پژوهشی و درمانی در منطقه ای از کشور که عمدتاً مناطق استانی می باشند، را بر عهده دارند.
- در زیرمجموعه دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی، **معاونت بهداشت** مسئولیت هدایت خدمات بهداشتی و **معاونت های درمان** مسئولیت هدایت خدمات درمانی را بر عهده دارند.
- در بعضی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور، معاونت های بهداشت و درمان با هم ادغام شده و **معاونت سلامت** را بوجود آورده اند.

واحد سلامت خانواده

- ۱. برنامه باروری سالم و جمعیت
- ۲. برنامه سلامت کودکان
- ۳. برنامه سلامت مادران
- ۴. برنامه سلامت سالمندان
- ۵. برنامه سلامت میانسالان
- ۶. برنامه پزشک خانواده

۱. برنامه باروری سالم و جمعیت

- آموزش و ارتقای توانمندی پرسنل
- اجرای استانداردهای مشاوره بهداشت باروری
- کاهش فاصله زمانی میان ازدواج و فرزند اول
- کاهش فاصله زمانی میان فرزندان
- کاهش تک فرزندی
- کاهش بارداریهای پرخطر
- کاهش سقط غیرقانونی
- تامین خدمات باروری سالم
- اجرای برنامه پیشگیری از سقط غیرقانونی
- دسترسی به خدمات و تسهیلات مناسب برای خدمات بازگشت باروری
- تعیین شاخصهای برنامه سلامت باروری
- هماهنگی با بخش خصوصی
- همکاری و اجرای پژوهشهای کاربردی

۲. برنامه سلامت کودکان

■ مأموریت: ارائه خدمات به کودکان زیر هشت سال برای ارتقای سلامت آنها

■ عملکرد:

- ✓ الف. برنامه ریزی، آموزش، کنترل و پایش برنامه کودکان (۱۸ مراقبت در ۸ سال اول زندگی: سال اول ۹ مراقبت؛ سال دوم ۳ مراقبت؛ تا ۸ سالگی هر سال یکبار)
- ✓ ب. برگزاری کمیسیون شیر مادر
- ✓ ج. برگزاری کمیته مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه
- ✓ د. پایش بیمارستان دوستدار کودک
- ✓ ه. برگزاری کمیته سلامت کودکان

۳. برنامه سلامت مادران

- ۱. مراقبت پیش از بارداری
- ۲. مراقبت حین بارداری (۸ نوبت)
- ۳. مراقبت پس از زایمان
- ۴. نظام بررسی مرگ مادران

۵. برنامه سلامت میانسالان

- ماموریت: حفظ و ارتقای سلامت زنان
- ❑ غربالگری و پیشگیری سرطان برست و دهانه رحم
- ❑ معاینات سالیانه قلب و ریه، تیروئید، فشارخون، وزن، معاینات زنان
- ❑ ارائه آموزشهای لازم در خصوص سرطانهای شایع، عفونتهای شایع زنان و پروژة قلب سالم

۶. برنامه پزشک خانواده

اهداف:

- توزیع خدمات عادلانه
- تعمیق عدالت در مناطق روستایی و کمتر برخوردار
- کاهش هزینه های درمان
- اشتغال زایی کادر علوم پزشکی
- افزایش پوشش خدمات نوسازی مراکز بهداشتی
- تجهیز مراکز درمانی روستایی
- تامین داروخانه، رادیولوژی و آزمایشگاه در روستا
- قطع رابطه پول و درمان

بهداشت باروري

■ براساس برنامه عمل و سند کنفرانس بين المللي جمعيت و توسعه در سال ۱۹۹۴ در قاهره، بهداشت باروري چنين تعريف شده است : سلامت کامل جسمي، رواني و رفاه اجتماعي، که همه جوانب مربوط به سيستم توليد مثل، روند و عملکرد آن را در بر مي گيرد.

■ بهداشت باروري به اين معناست که مردم **آزادانه و آگاهانه** قابليت توليد مثل داشته و در مورد چگونگي، وقت و تناوب آن و زمان بچه دار شدن، خود تصميم بگيرند.

□ آگاهي داشتن و دسترسي به روش هاي مطمئن، مؤثر و کم هزينه و قابل قبول تنظيم خانواده که مغايرتي با قانون نداشته باشد

□ حق دسترسي به خدمات بهداشتي، درماني که زنان را قادر به گذراندن دوران بارداري و زايمني ايمن نمايد و از بهداشت جنسي مناسب، بهره مند سازد

□ برخورد منطقي در رابطه با سلامت زنان و خانواده در مردان ايجاد نموده و مشارکت بهينه آنان را فراهم کند، از حقوق زنان و مردان به حساب مي آيد.

اجزاء بہداشت باروري

- مشاوره، اطلاع رسانی، آموزش و برقراري ارتباط دربارہ تنظيم خانواده
- ارائه خدمات تنظيم خانواده
- آموزش و فراهم ساختن مراقبت هاي دوران بارداري، زایمان ایمن و مواظبت هاي بعد از زایمان، بویژه آموزش و ترویج تغذیه با شیر مادر و مراقبت از مادر و نوزاد
- پیشگیری از نازايي و درمان مناسب ناباروري ها
- پیشگیری از آنچه سبب سقط جنين مي شود و درمان به موقع و مناسب عوارض ناشي از آن
- درمان عفونت هاي دستگاه توليد مثل
- برخورد درست با بيماري هاي منتقله از راه تماس جنسي و درمان مناسب آنها
- اطلاع رسانی، آموزش و مشاوره دربارہ روابط جنسي و مسئولیت پذيري هر دو جنس، با رعایت شرایط فرهنگی جامعه .

مشارکت مردان در بهداشت باروری دو جلوه عمده دارد :

• آنچه نشان دهد که مرد نیازها، عقاید و حقوق همسر خویش را در زمینه بهداشت باروری پذیرفته است و به آن عمل می کند

• آنچه به بهداشت جنسی خود و رفتار سالم او در این زمینه مربوط می شود .

در واقع منظور از مشارکت مردان، مسئولیت پذیری آنان در زمینه بهداشت باروری و حمایت همسر برای مقابله با دشواری های حیات جنسی و توفیق در این راه است. این مسئولیت پذیری از روابط سالم جنسی تا فرزندآوری، از تغذیه کودک تا تربیت فرزندان و از یکارگیری روش های جلوگیری از حاملگی زن تا حمایت های دیگر از او را شامل است.

اصول ICPD:

سال ۱۹۹۴ در قاهره

- ۱. اصل آزادی انسانها و برابری آنها از نظر شأن و مقام
- ۲. افراد بشر کانون ملاحظات توسعه پایدار: محق به داشتن زندگی سالم و باروری هماهنگ با طبیعت
- ۳. حق برابر در بهره‌وری از توسعه: جدایی ناپذیر از حقوق بشر
- ۴. پیشبرد امر عدالت و برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان
- ۵. اهداف سیاستهای امور جمعیتی: بهبود کیفیت زندگی مردم
- ۶. توسعه پایدار: وسیله‌ای برای حصول اطمینان از سلامت و رفاه بشر
- ۷. ریشه‌کنی فقر
- ۸. حق دسترسی به بالاترین استاندارد زندگی از نظر جسمی و روانی
- ۹. تقویت خانواده به عنوان اصلی‌ترین واحد اجتماع
- ۱۰. حق استفاده از تحصیلات و آموزش
- ۱۱. در نظر گرفتن بالاترین اولویت برای کودکان
- ۱۲. برخورد و رفاه مناسب برای مهاجران
- ۱۳. حق استفاده همگان از مزایای پناهندگی
- ۱۴. در نظر داشتن نیازهای جمعیتی و توسعه‌ای مردم بومی
- ۱۵. رشد اقتصادی پایدار در زمینه توسعه‌ای پابرجا

Millennium Development Goals

2000-2015

۱۴۷ نفر از سران کشورها متشکل از ۱۹۱ ملت



UN Millennium Development Goals

Agreed by 189 countries in 2000
to be achieved by 2015!



MDG 1



Target:

Eradicate extreme poverty and hunger

- تا ۲۰۱۵: نصف شدن درصد مردم دارای درآمد کمتر از یک دلار در روز
- کاهش نسبت مردمی که از گرسنگی رنج میبرند

MDG 2



Target:

❑ Achieve universal primary education

- نسبت خالص ثبت نام در دبستان
- نسبت دانش آموزانی که تا کلاس پنجم میرسند
- میزان سواد افراد ۱۵ تا ۲۴ سال



MDG 3



Target:

☐ Promote gender equality and empower women

☐ - نسبت برابر دختران و پسران در آموزش ابتدایی، متوسطه و دانشگاه

☐ نسبت سواد زنان به مردان ۱۵ تا ۲۴ سال

☐ سهم زنان در کارهای درآمدزا به غیر از کشاورزی

☐ نسبت صندلیهای زنان در پارلمان ها



MDG 4



Target:

☐ **reduce by two third the under-five mortality rate.**

☐ کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال تا دو سوم تا سال ۲۰۱۵

☐ - مرگ و میر زیر ۵ سال - مرگ و میر نوزادان - واکسیناسیون کودکان زیر یک سال برای سرخک

MDG 5

Target:

☐ Improve maternal health



☐ کاهش میزان مرگ و میر مادران به سه چهارم

☐ میزان مرگ و میر مادران - میزان زایماهای با حضور پرسنل آموزش دیده

MDG 6



Target:

☐ **Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases**

☐ تا سال ۲۰۱۵ گسترش ایدز متوقف و رشد آن معکوس شود

☐ تا ۲۰۱۵ میزان بروز مالاریا و بیماریهای مهم از جمله سل نصف شود

MDG 7



Target:

☐ Ensure environmental sustainability



☐ تغییر در مساحت زمینهای پوشیده از جنگل

☐ مساحت زمینهای محافظت شده با محیط زیست

☐ افزایش میزان تولید ناخالص داخلی

☐ کاهش تولید دی اکسید کربن

☐ نصف شدن تعداد مردمی که به اب سالم دسترسی ندارند

☐ بهبود چشمگیر در وضعیت زندگی مردم مناطق پر جمعیت و الوده

☐ نسبت جمعیت با دستیابی به سیستم فاضلاب پیشرفته

☐ نسبت جمعیت با دستیابی به سیستم دفع زباله ایمن

MDG 8



Target : **Global Partnership for development**



The Goals of MDGs

- 
- 
- 1) Eradicate extreme poverty and hunger
 - 2) Achieve universal primary education
 - 3) Promote gender equality and empower women
 - 4) Reduce child mortality
 - 5) improve maternal health
 - 6) combat HIV/ AIDS , malaria and other diseases
 - 7) Ensure environmental sustainability
 - 8) develop a global partnership for development

شاخص توسعه انسانی (Human Development Index)

➤ اجزاء شاخص توسعه انسانی:

- ❑ ۱. امید به زندگی از بدو تولد: نشانگر سلامت و طول عمر مردم
- ❑ ۲. آگاهی و آموزش: میزان باسوادی در بزرگسالان (دو سوم وزن این شاخص) و نسبت کلی ثبت نام در مدارس (وزن یک سوم)
- ❑ ۳. استاندارد زندگی با لگاریتم طبیعی تولید ناخالص داخلی (GDP) در برابر قدرت خرید به دلار امریکا
- میزان حداقل و حداکثری آن از صفر تا یک تعریف میشود.
- عدد کمتر از ۰,۵ نشان دهنده کشورهای کمتر توسعه یافته
- مقدار بالاتر از ۰,۸ کشورهای بیشتر توسعه یافته
- ❖ ایران دارای عدد ۰,۷۵ دارای رتبه ۹۴

این شاخص حساس به جنسیت نیست: بنابراین شاخص توسعه انسانی حساس به جنسیت یا Gender Development Index مطرح گردید که نشاندهنده سهم زنان در توسعه جوامع است.

دکتر نسیم بهرامی